

COMPORTAMENTO SEXUAL E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Maria Helena Pimentel¹✉, Leonel São Romão Preto², Maria José Gonçalves Alves³, & Ana Margarida P. C. Monteiro⁴

¹Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. e-mail: hpimentel@ipb.pt; ²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. e-mail: leonelpreto@ipb.pt; ³Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. e-mail: anamargaridamonteiro44@gmail.com; ⁴Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Departamento de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica. e-mail: maria.alves@ipb.pt

RESUMO: Nos últimos anos surgiram várias investigações relacionadas com a sexualidade e o grupo dos jovens tem sido privilegiado. Contudo o conhecimento sobre o comportamento dos estudantes do Ensino Superior relativos a esta matéria contínua, em Portugal, insuficiente. Neste contexto surge o interesse pela presente investigação enquadrada na identificação de determinantes de saúde e perfis de risco destes jovens, relacionados com o comportamento sexual. Desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional por questionário a uma amostra estratificada proporcional por curso e escola que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 do feminino (59,5%), totalizando 672. A grande maioria é sexualmente ativo (86%) com predomínio do sexo masculino (93%) e com diferenças estatísticas significativas ($p < 0,001$), mais de metade (58%) iniciou a atividade sexual de forma imprevista e 41% de forma planeada. O preservativo é o contraceptivo mais utilizado (60,3%) porém 62% dos rapazes declaram não usar qualquer método contraceptivo ($p < 0,001$). Constatou-se uma associação significativa entre o maior número de parceiros sexuais e o uso de contraceção ($p = 0,001$) e, por sua vez, entre o maior número de parceiros sexuais e o uso isolado do preservativo ou associado à pílula ($p < 0,001$). 40% das jovens afirmam ter sentido receio de engravidar “uma vez” e 17,5% “mais do que uma vez”, das quais 60% recorreram nos últimos 12 meses à contraceção de emergência. Conclui-se que a informação sobre os riscos inerentes às condutas sexuais deverá constituir-se, neste grupo, uma prioridade de ação.

Palavras-chave: Comportamento Sexual; Estudantes do Ensino Superior

SEXUAL BEHAVIOR AND STUDENTS OF HIGHER EDUCATION

ABSTRACT: Several researches on sexual health have been developed along the last past years and young people have been privileged in those studies. However knowledge about the behavior of college students concerning this solid matter in Portugal, insufficient. That's why we developed the present study aiming to identify health determinants and risk profile among these young people, related to sexual behavior.

✉Av. D. Afonso V, 5300-121 Bragança-Portugal. Telf.: 961340 376. e-mail: hpimentel@ipb.pt

It was developed a descriptive-correlational study using a sample of 272 male students (40, 5%) and 400 female students (59, 5%) stratified by graduation and school, in 672 students.

Most of the students (86%) it has sexual activity and within these the majority were male (93%) with high significant differences of proportions ($p < 0,001$). More than a half (58%) began sexual activity in an unplanned way and 41% had it planned. Condom is the most used method (60, 3%), 62% of the boys declared not to use any kind of contraceptive method ($p < 0,001$) there is a highly significant association between the number of sexual partners and the use of contraceptive methods ($p = 0,001$) and also between the greater number of sexual partners and the use of condom used as the only method or in association with contraceptive pills. 40% of the girls referred that “once” they were afraid of getting pregnant and 17,5% referred that they were afraid “more than once” and from these, 60% used the emergency contraception in the past 12 months. It is concluded that information about the risks involved in sexual behavior should be, in this group, a priority for action.

Key words: Sexual Behavior; Higher Education Students

Recebido em 30 de Março de 2016/ Aceite em 07 de Outubro de 2016

O comportamento sexual é uma área potencial de risco para os jovens devido à iniciação sexual precoce, muitas vezes, sem a necessária ponderação das consequências possíveis, como contrair doenças sexualmente transmissíveis ou gravidezes indesejadas. Esta questão prende-se com padrões de atividade sexual típicos deste grupo, desde logo, o ser sexualmente ativo, o uso irregular do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Jackson, 2005; Ferreira & Cabral, 2010; Silva et al., 2012; UNAIDS, 2013; Matos *et al.*, 2014).

O primeiro período de discussão sobre educação sexual, em Portugal, remonta aos anos de 1960, envolvendo intensos conflitos ideológicos, diretamente relacionados com a igreja católica. Foi uma época de rutura em relação à família e à moral puritana vigente, protagonizada pelos movimentos juvenis e estudantis e pelos movimentos feministas, face às estruturas do poder político e ideológico dominante. Mais tarde, na década de 1970 foi criada uma comissão de estudo sobre sexualidade e educação que tinha o duplo objetivo de, por um lado, reunir informações acerca do problema e, por outro, propor recomendações adequadas com incidência em vários domínios, orientação e formação de educadores, revisão dos programas escolares e informação a veicular na comunicação social. A atividade da comissão entendeu-se à realização de colóquios e sessões de esclarecimento nas escolas. Após a revolução de Abril de 1974, marco incontornável da democracia em Portugal, o clima de abertura ideológica permitiu aos *mass media* incluir e lidar livremente com assuntos de natureza sexual que, anteriormente, tinham sido banidos. No entanto, o tabu sobre esta matéria permanecia muito mais do que noutros países europeus, onde a educação sexual tinha conquistado lugar, no âmbito das respetivas políticas de educação (Rodrigues, 1999).

A primeira legislação portuguesa sobre educação sexual surge em 1984, incorporada na Lei nº 3, de 24 de Março, sobre planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez e proteção à maternidade. Embora essa Lei fosse bem recebida pelos profissionais de saúde e pelas organizações envolvidas, as associações de pais e a igreja católica contestaram a sua aplicação a menores. Por sua

COMPORTAMENTO SEXUAL E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

vez, a Portaria nº 52/85 do Ministério da Saúde regulamenta as consultas de planejamento familiar para jovens. Posteriormente, a Associação para o Planejamento da Família e as então designadas Administração Regional de Saúde criaram, em vários pontos do país, Centros de Atendimento para Jovens (CAJ), garantindo consultas gratuitas com confidencialidade e anonimato.

Tentando responder a esta problemática as leis sobre educação sexual foram reavaliadas em 1999, em 2000 e em 2009, Lei nº 120, de 11 de Agosto, Lei nº 259, de 17 de Outubro e Lei nº 60, de 6 de Agosto, respetivamente. O enquadramento legal, através destas leis, ganhou abrangência institucional reforçando a garantia do direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, apelando à intervenção dos pais e encarregados de educação.

Os aspetos ligados à reprodução representam um grande avanço perante as questões ligadas à vida. O conjunto de princípios que norteiam a noção de direitos reprodutivos e sexuais foram consolidados em dois momentos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo, no ano de 1994 e na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz realizada em Pequim, no ano de 1995 (OMS, 1999).

De acordo com a supra mencionada fonte, a conferência do Cairo, de 1994, tem um papel importante na passagem de uma abordagem exclusivamente assente na situação das mulheres para uma outra que inclua mulheres e homens, reconhecendo que ambos são protagonistas nas mudanças que se têm verificado na fecundidade e na família. Na sua génese estão as reivindicações das mulheres, objetivando a conquista da igualdade social e política em torno destas questões, marcando uma viragem no modo de conceber a sexualidade e a reprodução. Desde então reconhece-se à mulher o direito de regular a sua própria fecundidade e esse direito deve ser garantido por programas e políticas de planeamento familiar. Este reconhecimento representa um avanço no sentido da consolidação da cidadania feminina, indispensável à emancipação das mulheres e um passo importante para o desenvolvimento dos Direitos Humanos e do Progresso Social. Como consequência do alargamento da dimensão da saúde reprodutiva surgem políticas de saúde ligadas à contraceção e aos demais aspetos da vida reprodutiva. Destacam-se as condições que os serviços de saúde devem oferecer às mulheres para que possam ter uma gravidez vigiada e um parto seguro. Reconhece-se o respeito pela diversidade sexual.

Na conferência de Pequim, em 1995, estes direitos são reafirmados salientando-se que a falta de atenção aos direitos reprodutivos limita as oportunidades da mulher na vida pública e privada, bem como o acesso à educação e ao exercício de outros direitos sociais e políticos. Assim, os governos e demais atores devem promover uma política ativa e visível de integração das questões de género em todos os programas, analisando as consequências daí resultantes para as mulheres e para os homens, antes de qualquer decisão. A comunidade internacional reconhece ainda que a violência sexual contra as mulheres deve ser vivamente repudiada. Também o tema do aborto é abordado nas duas conferências e visto como um problema de saúde pública, propondo revisão das leis punitivas contra as mulheres que o praticam clandestinamente (OMS, 1999).

As conferências supramencionadas recomendam e sublinham a preocupação dirigida à adolescência e à juventude. A vivência da sexualidade nesta faixa etária abarca questões que se repercutirão no dia-a-dia do indivíduo e na construção da sua visão do mundo. Destaca-se a importância do acesso por parte dos jovens a programas de educação sexual e reprodutiva, enfatizando-se a orientação para atitudes responsáveis perante a sexualidade; o respeito pelo outro, não sendo aceite qualquer tipo de discriminação; a informação sobre métodos contraceptivos e formas de proteção contra doenças de transmissão sexual, nomeadamente o HIV/SIDA.

Esta visão assenta nas regularidades normativas, associadas à micro estrutura: a família e à macro estrutura: a sociedade, secundarizando, por vezes, o papel do sujeito na gestão do seu corpo e

no significado que atribui às suas experiências (Alferes, 1997). Pode influenciar direta ou indirectamente a escolha de comportamentos sexuais saudáveis ou de risco.

A família é o primeiro e o natural espaço de realização e desenvolvimento da personalidade, de convivência solidária entre gerações e de transmissão de valores morais, éticos, sociais, espirituais e educacionais. É no seio da família que a criança vai construindo uma imagem do corpo como ser sexuado, pela comparação com o pai, mãe, irmãos, definindo atitudes próprias da sua condição de homem ou mulher. O papel dos pais a este nível é fundamental. Isto porque para que se prossiga ou se concretize o objetivo final na educação sexual dos seus filhos é importante que haja um maior espaço de comunicação e abertura face ao tema entre ambas as partes (Vilar, 2003).

Porém, os jovens vão progressivamente substituindo a influência da instituição família pela influência do grupo de pares passando a emanar normas de conduta e de estatuto. Face às relações por vezes conflituosas com os seus pais, ou de menor abertura, o grupo de amigos parece surgir como espaço de encontro, na medida em que ajuda o indivíduo a adquirir uma representação de si, do seu valor enquanto pessoa. O grupo representa uma fonte informal muito importante de permuta de informação (Rodrigues, 1999). A confiança que existe no grupo permite a transmissão de informação num contexto menos ameaçador, funcionando como uma base importante de aprendizagem, apesar da informação partilhada, nem sempre ser a mais precisa. O grupo de pares é percebido como o lugar de interações sociais da vida afetiva. O grupo oferece ao jovem novos objetos de identificação, além do espaço de segurança, de expressão e de comparação de comportamentos, ajudando-o na redefinição da sua identidade. Também, de acordo com Rodrigues (1999) os *mass media* funcionam como uma importante fonte de informação informal.

O aumento de pressões para a iniciação cada vez mais cedo da atividade sexual leva a que, muitas vezes, o jovem ou a jovem que ainda não teve a primeira experiência sexual representa a exceção e não a regra (Lemos, 2002). Ora, o que se verifica, são as vivências sexuais demasiado precoces, influenciadas não só pelos colegas, como também pelas maravilhas que os *mass media* lhes transmitem.

A ideia de que a informação/educação sexual promove a iniciação sexual precoce é contrariada por algumas investigações (Travis & White, 2000; WHO, 2011; Abdo, 2014; Ministério da Saúde, 2012) cujos resultados apontam no sentido de uma contribuição positiva, ao nível da intervenção escolar, com uma diminuição de comportamentos de risco e o aumento de comportamentos preventivos.

O discurso do sexo seguro tem subjacente a suposição de que o prazer e o desejo podem ser reorganizados como resposta a imperativos baseados no risco de saúde. Este discurso assume e defende a capacidade dos procedimentos disciplinados na construção de um corpo capaz de obter prazer nesta nova forma de disciplina. O discurso do risco e do sexo seguro falha ao considerar que o comportamento sexual, tal como qualquer outro comportamento, não surge isolados, mas sempre socialmente contextualizados (Mendes, 2002).

Por sua vez, as doenças de transmissão sexual lideraram, desde o início da epidemia da SIDA, as preocupações de risco associadas à sexualidade. A maior vulnerabilidade dos jovens ao risco de contágio, associada à instabilidade relacional, impôs a necessidade de implementar campanhas preventivas e informativas no sentido de encarar o comportamento sexual a partir de um sentimento de precaução e de insegurança. Também, as estatísticas referentes à maternidade em Portugal nos remetem para outra realidade preocupante o elevado índice de mães adolescentes (Ferreira & Cabral, 2010). A gravidez representa um risco para a saúde das jovens mães cujo impacto ultrapassa, muitas vezes, a importância da dimensão biológica. Podem resultar menos oportunidades sociais e educacionais (WHO, 2011), dificuldades económicas e relacionais.

COMPORTAMENTO SEXUAL E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Assim, qualquer que seja o contexto a educação sexual deve ocorrer numa perspetiva de desenvolvimento de uma sexualidade e afetividade esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade de tomada de decisões por comportamentos sexuais positivos para a saúde e para a qualidade de vida. Deve ainda potenciar competências que permitam escolhas informadas e seguras, reduzindo as consequências dos comportamentos sexuais de risco.

A investigação sobre a sexualidade tem identificado a necessidade de conhecer as mudanças fundamentais na construção das representações sociais ligadas às relações íntimas de forma a entender e a examinar como os discursos sexuais estão a mudar e como os comportamentos sexuais se poderão desenvolver (Plummer, 2003; Bauman, 2003; Attwood, 2006; Saavedra *et al.*, 2007; Giddens, 2014). Embora nas culturas ocidentais existam atitudes cada vez mais permissivas perante o sexo (Jackson, 2005; Attwood, 2006) este ainda poderá, em muitos casos, constituir-se como um foco regular de debate público, com aparente queda dos conceitos morais em torno da questão. Temos acompanhado o desenvolvimento de várias investigações relacionadas com a Saúde Sexual (Lees, 1994; Tolman, 1994, 1996, 2005; Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998; Lemos, 2002, Moura Ferreira, 2003; Colares *et al.*, 2009; Frade, 2010) e o grupo dos jovens tem sido privilegiado. Os jovens, a nível mundial, são considerados como um grupo especialmente vulnerável (Moura Ferreira, 2003; FNUAP, 2005; Ferreira & Cabral, 2010) e prioritário em termos de intervenção (Nodin, 2001; Fortenberry *et al.*, 2002; Ferreira & Cabral, 2010; Silva *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2014).

Face a todos os aspetos referenciados e, ainda, porque as instituições de Ensino Superior deverão constituir-se como espaços privilegiados de treino de uma democracia cognitiva para incentivar jovens adultos a tomar decisões e a refletir sobre as suas consequências, apreender o que os jovens precisam para um desenvolvimento sexual saudável e o que a comunidade e os sistemas de saúde podem fazer para os ajudar pode ser conseguido através do conhecimento desta problemática de saúde neste público-alvo e do objetivo de identificar determinantes de saúde e perfis de risco dos jovens estudantes do Ensino Superior, relacionados com o comportamento sexual.

MÉTODO

Participantes

O estudo incide sobre um leque de 38 licenciaturas com 3137 alunos, numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola (em 5 escolas do Instituto Politécnico de Bragança-IPB). Foram inquiridos apenas os estudantes que frequentavam o 2º e o 3º ano de todos os cursos de licenciatura, tendo sido excluídos os estudantes do 1º ano desses cursos. Definimos como critério de exclusão os estudantes com mais de 29 anos tendo em conta o referencial teórico que caracteriza os limites cronológicos da juventude europeia (Machado & Matias, 2006). A amostra integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672.

Material

Aplicou-se um inquérito de cariz quantitativo construído para o efeito, com base nas variáveis em estudo e em inquéritos de saúde nacionais e internacionais, adaptados ao grupo etário e ao

contexto académico (INE/INSA, 2009; Machado Pais & Villaverde Cabral, 2003; Matos et al, 2010; Matos *et al.*, 2014).

Recorremos à estatística descritiva que permite perceber a forma como se distribuem as respostas às questões colocadas no inquérito, através de frequências absolutas (n°) e relativas (%) e à estatística analítica para verificar correlações entre variáveis. Foi aplicado o teste de independência do Qui-Quadrado (c^2) ou de Pearson. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis foi inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher. Para verificar a correlação entre variáveis contínuas ou ordinais foi determinado o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição não exigindo a normalidade das mesmas.

Procedimento

A amostra foi extraída do universo de 6125 alunos do IPB e foi determinada da seguinte forma: em primeiro lugar foram excluídos os alunos que frequentassem os cursos de mestrado e CETs, que representavam um total de 470 alunos; de seguida contabilizámos os alunos de licenciatura, foram retirados os alunos que frequentassem o 1º ano de todos os cursos, o 4º ano dos cursos da área da saúde excluindo assim um número que cresce para 2500. Atendendo a que as escolas não têm o mesmo número de alunos, para obtermos uma amostra representativa e proporcional da população total, constituíram-se extratos ou subgrupos com idêntica representação e proporcionalidade relativamente à população. Considerando que devíamos incluir alunos de todos os cursos e que a variável género seria de enorme importância para o estudo empreendido, constituíram-se subgrupos ou estratos em relação a cada uma destas variáveis. Seguidamente, tendo como base a percentagem de inquiridos necessária para a amostra final foi estabelecida uma quota e definido o número de sujeitos a inserir pertencentes a cada subgrupo (Almeida & Freire, 2003; Carmo & Ferreira, 2001).

A população alvo da qual se extraiu a amostra resulta de um total de 3137 alunos, cujo valor numérico e percentual corresponde, respetivamente, a: Escola Superior Agrária $n=432$ (13,8%); Escola Superior de Educação $n=700$ (22,3%); Escola Superior de Saúde $n=597$ (19%); Escola Superior de Tecnologia e Gestão $n=907$ (28,9%) e, por último, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Mirandela $n=501$ (16%).

RESULTADOS

A análise do comportamento sexual pressupõe indagar acerca das práticas sexuais e contracetivas. Podemos verificar que a grande maioria referiu ser sexualmente ativo (86%), havendo predomínio do sexo masculino (93%), com diferenças estatísticas altamente significativas ($p<0,001$).

Quadro 1 .

Jovens sexualmente ativos segundo o sexo

SEXO	SEXUALMENTE ATIVO		
	Não	Sim	
Masculino	19 (7%)	253 (93%)	
Feminino	75 (18,8%)	235 (81,3%)	<0,001
Total	94 (14%)	578 (86%)	

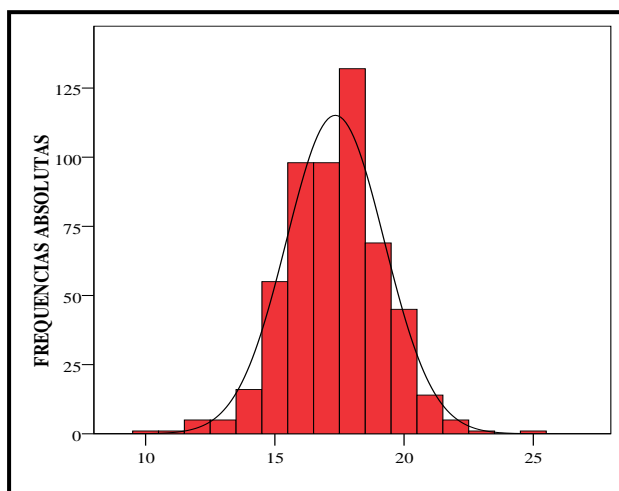
*Teste de Independência do Qui-Quadrado.

Considerou-se relevante conhecer a idade de iniciação sexual deste grupo. O gráfico nº 1 permite observar que há variação entre um mínimo de 10 anos e um máximo de 25, com uma idade modal de 18 anos. A média situa-se nos 17,34 anos muito semelhante (17,2 anos) se comparada com a população portuguesa (Ferreira & Cabral, 2010). Os rapazes comparativamente às raparigas tiveram uma idade de iniciação mais precoce (16,56% vs 17,94%). A iniciação mais precoce nos rapazes também se verificou noutros estudos (Alferes, 1997; Bozon & Kontula, 1998; Vasconcelos, 1998; Moura Ferreira, 2003; Taquette & Vilhena, 2008, Matos *et al.*, 2003; Reis & Matos, 2008). Estudos de Bozon & Kontula (1998) evidenciaram que o aparecimento ou ressurgimento de doenças de transmissão sexual, nomeadamente o HIV/SIDA, não alteraram significativamente o momento da iniciação sexual. Na Europa e de acordo com a mesma fonte, a idade da primeira relação sexual tende a aproximar-se entre os sexos (17,3 anos para os rapazes e 17,5 anos para as raparigas) e diminuir nos grupos etários mais novos. No caso dos rapazes a idade da primeira relação sexual tem-se mantido relativamente estável. A mudança, em termos de antecipação é sobretudo visível nas raparigas (Magalhães *et al.*, 2001; Ferreira & Cabral, 2010; Silva *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2014). O estudo de Matos *et al.* mostra ainda que 19,6% das raparigas gostariam de ter tido uma iniciação mais tardia, assim como 9,7% dos rapazes.

A relevância destes dados tem implicações num conjunto de aspetos não deixando de referir a maior vulnerabilidade associada à sexualidade pelo risco entre a iniciação sexual precoce e a menor probabilidade para o uso de contraceptivos. Dados do Nacional Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles levado a cabo, em 1994, na Grã-Bretanha junto de 20 000 pessoas (Wellings, *et al.*, in Ogden, 2004) atestam este facto.

Gráfico 1.

Idade de iniciação sexual



Mínimo = 10	Moda = 18	Média = 17,34
Máximo = 25	Mediana = 17	D.Padrão = 1,89

Ao estudarmos as circunstâncias em que ocorreu a iniciação sexual nos grupos que analisámos (quadro nº 2), constatamos que mais de metade (58%) iniciou a atividade sexual de forma imprevista, todavia 41% fizeram-no de forma planeada. É residual o valor numérico dos que afirmam uma iniciação pressionada (2%). A iniciação imprevista da atividade sexual verificada em mais de metade dos jovens inquiridos, com predomínio no sexo masculino (69%), remete-nos para um cenário de aparente irresponsabilidade relativamente a uma questão tão sensível e tão íntima. São contudo as jovens que em maior número (49%) declaram uma iniciação sexual planeada. Este facto, não deixa de ser relevante se tivermos em linha de conta o que a primeira relação sexual é um marco na vida de um indivíduo e para a mulher é ainda mais marcante. Porém, a circunstância de uma iniciação imprevista para igual percentagem de raparigas (49%) e tão elevado percentual (69%) de rapazes remete-nos para uma problemática com contornos preocupantes sobretudo se pensarmos que, desde 1984, a legislação sobre esta matéria prevê que as escolas assumam um papel de relevo nesta componente formativa. O estudo de Matos *et al.* (2014) conduz-nos a idêntica preocupação atendendo a que 7,5% das raparigas parece ter-se arrependido do momento que viveu afirmando que não queriam realmente ter tido relações sexuais.

Quadro 2 .

Circunstâncias associadas à iniciação sexual segundo o sexo

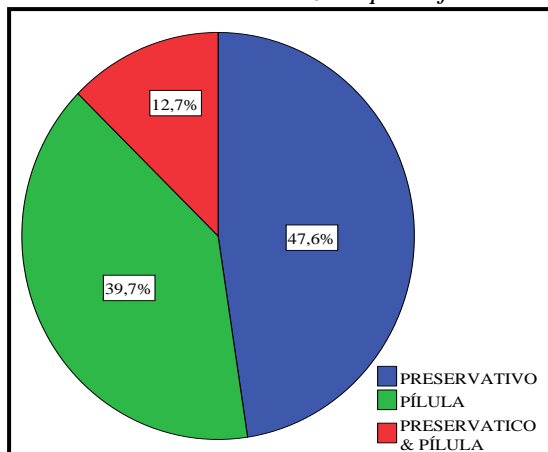
CIRCUNSTÂNCIAS de INICIAÇÃO					<i>p</i> *
Sexo	Imprevista	Planeada	Pressionada	TOTAL	
Masculino	173(69%)	73(29%)	4(2%)	250(100%)	<0,001
Feminino	159(49%)	160(49%)	5(2%)	324(100%)	
TOTAL	332(58%)	233(41%)	9(2%)	574(100%)	

*Teste de Independência do Qui-Quadrado.

Uma das formas de compreender o risco de contágio é conhecer as medidas de contraceção usadas. A medida contracetiva mais utilizada pelos estudantes da amostra é o preservativo (60,3%), havendo 47,6% que só utilizam preservativos e 12,7% que utilizam o preservativo associado à pílula (gráfico nº 2). De salientar que 39,7% utilizam apenas a pílula como medida contracetiva, resultados consentâneos com os de Fortenberry *et al.* (2002) e Matos *et al.* (2014). O inquérito nacional (Ferreira & Cabral, 2010) constatou o uso crescente do preservativo, ainda que, a pílula fosse o método mais utilizado pelos jovens de então. Tendo em conta os riscos acima referidos, torna-se premente o uso do preservativo em cada relação sexual, sendo a pílula utilizada para aumentar e eficácia preventiva da gravidez.

Gráfico 2.

Método contraceptivo utilizado pelos jovens em estudo



O uso de contraceção assume uma importante vertente da Saúde Sexual e o crescente interesse pela compreensão das razões que estão subjacentes a esta decisão revela, por um lado, a percepção de (in)vulnerabilidade ao risco. Revela, por outro, a percepção das normas sociais (importância do grupo de pares), as expectativas e os estereótipos associados à sua utilização (Nodin, 2001; Robinson *et al*, 2005, ministério da Saúde, 2012). No nosso estudo (quadro 3), as jovens na sua grande maioria (61%) afirmam utilizar métodos contraceptivos, valor percentualmente superior ao verificado em Inquéritos Nacionais de Saúde (Ferreira & Cabral, 2010). Com efeito, tendo em conta estes autores, 43,5% das mulheres entre os 15 e os 55 anos (tal como os seus maridos ou companheiros) revelaram não utilizar qualquer método contraceptivo. A percentagem dos rapazes que declararam não usar qualquer método contraceptivo (62%) é elevada, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p<0,001$). Também, nem sempre o uso de contraceção constitui uma prática regular por parte dos jovens. Observou-se um padrão irregular do seu uso, sobretudo, nos rapazes. Apenas 38% afirmam usar sempre contraceção. Resultados dos estudos de Palma *et al*, (2007) e de Colares *et al*, (2009), em alunos universitários do Brasil, corroboram este padrão. A percentagem de raparigas que afirma usar “sempre” métodos contraceptivos é, nos referidos estudos mais elevada, tal como ocorre na presente investigação (62%).

Outra análise importante, em termos da compreensão do risco, prende-se com o número de parceiros sexuais. Observando quadro 3, detetámos que a maioria dos jovens inquiridos teve no último ano um parceiro sexual. O número de jovens que se envolveram com mais de uma pessoa diminui à medida que aumenta o número de parceiros. Em função da variável sexo observam-se diferenças estatísticas nas proporções altamente significativas ($p<0,001$), os rapazes tendem a uma maior rotatividade em termos de troca de parceiros comparativamente às raparigas. As diferenças são sempre maiores em todas as opções aumentando à medida que aumenta o número de parceiros. A desproporção sugere a possibilidade dos rapazes manterem relações paralelas, porventura, de carácter esporádico e ocasional. Esta tendência pode ser observada em estudos envolvendo populações jovens dos Estados Unidos da América (Eaton *et al*, 2006) e de Portugal (Nodin, 2001; Silva *et al*, 2012; Matos *et al*, 2014).

Quadro 3.

Práticas contraceptivas e número de parceiros segundo o sexo

PRÁTICAS	SEXO		TOTAL	<i>p</i> *
	Masculino	Feminino		
Uso de contraceção				
Sim	179 (39%)	279 (61%)	458(100%)	<0,001
Não	74 (62%)	46 (38%)	120(100%)	
FREQUÊNCIA				
Sempre	112 (38%)	183 (62%)	295(100%)	0,508
Quase sempre	54 (38%)	90 (63%)	144(100%)	
Vez/Quando	8 (53%)	7 (47%)	15(100%)	
Raramente	2 (50%)	2 (50%)	4(100%)	
Nº de PARCEIROS				
Um	125 (34%)	245 (66%)	370(100%)	<0,001
Dois/Cinco	113 (59%)	77 (41%)	190(100%)	
Seis/Dez	14 (82%)	3 (18%)	17(100%)	

*Teste de Independência do Qui-Quadrado.

Também o estudo de Reis e Matos (2008) analisou as diferenças entre os géneros para os conhecimentos e para as atitudes (prevenção do risco), encontrando diferenças estatisticamente significativas para ambos ($p=0,001$). As raparigas apresentavam valores médios superiores aos dos rapazes, tanto para o conhecimento como para a prevenção do risco. A informação e o conhecimento dos métodos contraceptivos, tal como nos diz Silva et al. (2012) podem ser fundamentais para a consciencialização do seu uso.

Reportemo-nos ao problema das doenças sexualmente transmissíveis. Como é do conhecimento geral, só o recurso ao preservativo garante uma relação sexual segura. Não que o risco da gravidez não continue presente na vida quotidiana dos jovens, mas o risco das doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente, o HIV/SIDA trouxe para a sexualidade um novo modo de olhar e encarar esta questão. Hoje em dia, mais do que prevenir uma gravidez indesejada, o risco de contágio orienta as campanhas de informação dirigidas ao público jovem e recentra a problemática, sobrepondo-se ao ancestral e anterior receio. Como observámos no gráfico 2 o uso do preservativo compete com outros métodos, designadamente a pílula. Apenas uma minoria de jovens (12,7%) usa simultaneamente o preservativo e a pílula. Perante estes resultados podemos interrogar-nos se o uso da pílula poderá estar associado a relações de orientação por parte das raparigas para um único parceiro, conjugados com relacionamentos mais estáveis e duradouros, em que o tipo de relacionamento exerce influência no tipo de método contraceptivo. Como se pode verificar nos estudos de Wingood *et al.*, (2001), de Averett *et al.*, (2002) e de Silva *et al.*, (2012) a maior estabilidade nos relacionamentos leva, frequentemente, à substituição do uso do preservativo pela pílula e a proteção perante as doenças sexualmente transmissíveis torna-se mais difícil de conseguir.

De realçar que o aumento do número de parceiros, principalmente quando surge apenas associado ao não uso de medidas contraceptivas, não poderá deixar de acentuar a ameaça das doenças anteriormente descritas e o grau de exposição e de vulnerabilidade deste grupo ao risco. Em contraponto, o grupo que recorre ao uso do preservativo, mesmo que mantenha uma troca de parceiros mais elevada surge muito menos exposto. Nessa medida, o quadro seguinte é esclarecedor e remete-nos para uma análise que permite constatar uma associação altamente significativa entre o número de parceiros sexuais e o uso de contraceção ($p=0,001$) e, por sua vez, entre o número de parceiros sexuais e o uso isolado do preservativo ou associado à pílula ($p<0,001$).

COMPORTAMENTO SEXUAL E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Quadro 4.

Relação entre o uso e o tipo de contraceptivos tendo em conta o número de parceiros sexuais, no último ano

CONTRACETIVOS	NÚMERO de PARCEIROS			TOTAL	p*
	Zero/Um	Dois/Cinco	Seis/Dez		
Sim	275 (60,2%)	167 (36,5%)	15 (3,3%)	457(100%)	0,001
Não	95 (79,2%)	23 (19,2%)	2 (1,7%)	120(100%)	
Preservativo	96 (43%)	114 (51,1%)	13 (5,8%)	223(100%)	
Pílula	151 (83%)	31 (17%)	0 (0,0%)	182(100%)	<0,001
Pílula/Preservativo	29 (55,8%)	21 (40,4%)	2 (3,8%)	52 (100%)	

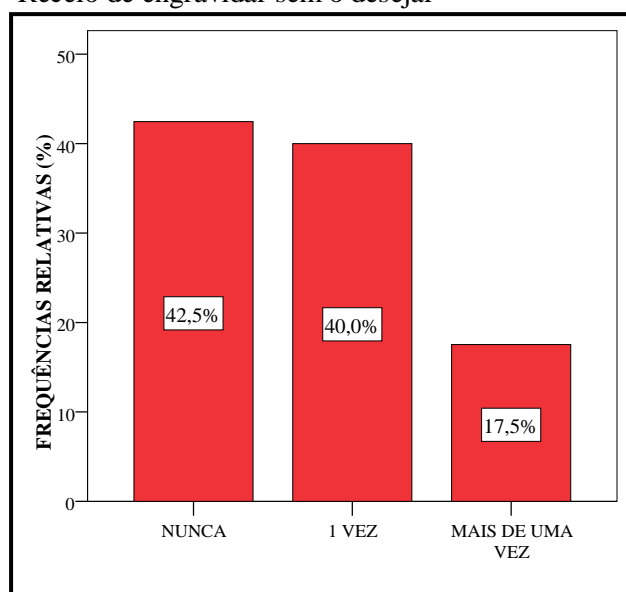
*Teste de Independência do Qui-Quadrado.

Por sua vez o recurso aos métodos contraceptivos por parte dos jovens inquiridos, sobretudo por parte das raparigas que afirmam tomar a pílula, indicia um risco de gravidez bastante controlado. Convém notar que a caracterização efetuada relativamente aos métodos contraceptivos não esvanece todas as dúvidas. O carácter regular e sistemático do seu uso implica a exclusão de esquecimentos, mesmo que episodicamente. Com efeito, quando questionamos as jovens sobre eventuais receios de engravidar 40% afirmam já ter sentido esse receio “uma vez” e 17,5% “mais do que uma vez” (gráfico nº 3). Este receio reforça a ideia de que, para uma boa parte, o controlo contraceptivo não se revela eficaz.

Efetivamente, 99 das 400 jovens, com anteriormente constatámos, declararam ter tido relações sexuais sem o recurso permanente a qualquer tipo de proteção, evidenciando uma exposição que não transparece na pergunta inicial. A segurança transmitida pelo facto de quase todos as jovens declararem que costumam usar métodos contraceptivos esbarra com o reconhecimento, por parte de um grupo significativo, que afirma o irregular recurso a esses métodos. Nessa medida, a exposição a este risco parece afetar um número muito superior ao que declara tomar precauções contraceptivas.

Gráfico 3.

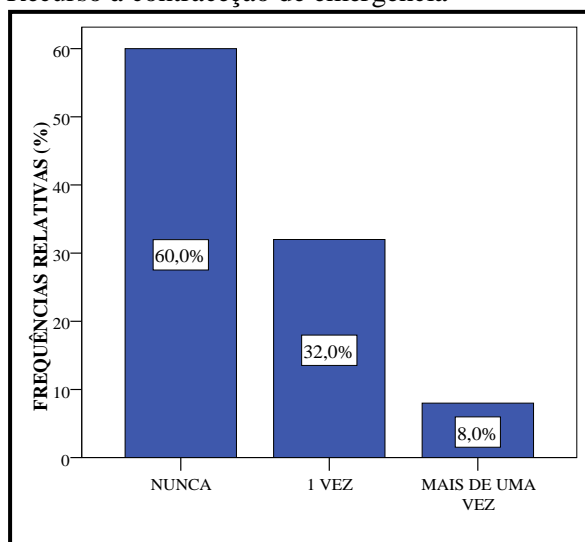
Receio de engravidar sem o desejar



Outra pergunta destinada a avaliar os riscos de uma gravidez não desejada inquiria o recurso por parte das raparigas à contraceção de emergência. Desde 2001, decorrente da aplicação da Lei nº 12/2001 de 29 de Maio, encontram-se no mercado português especialidades farmacêuticas, classificadas como medicamentos não sujeitos a receita médica, indicadas para a contraceção de emergência. Relativamente a esta necessidade, 60% revelaram nunca o ter feito. Das jovens que recorreram a este tipo de contraceção, 32% fizeram-no “uma vez” e 8% “mais do que uma vez” (gráfico nº 4). Convém, contudo, salientar que na avaliação destes dois últimos riscos a expressão declarativa destes receios deverá contemplar duas atenuantes. A primeira refere-se ao facto da experiência de engravidar poder conter uma componente de subjetividade que, em muitos casos, não se concretiza. Em segundo lugar, essa experiência poder ter ocorrido num momento distante no tempo pelo que poderá não refletir o comportamento sexual atual.

Gráfico 4.

Recurso à contraceção de emergência



DISCUSSÃO

A centralidade do corpo feminino diante das questões que envolvem a gravidez e a maternidade é a principal categoria que articula o significado da vivência em relação à regulação da fecundidade. Verificou-se, no nosso estudo, que a grande maioria dos alunos da amostra são sexualmente ativos havendo predomínio do sexo masculino, com diferenças estatísticas altamente significativas. Os rapazes revelam uma idade de iniciação sexual mais precoce. Mais de metade admitiu uma iniciação imprevista. É residual, em ambos os sexos, o valor numérico da resposta “pressionada(o)”.

O preservativo foi o método mais utilizado pelos estudantes que afirmam usar contraceção. Porém a maior estabilidade nos relacionamentos leva a que muitas raparigas utilizem apenas a pílula como medida contracetiva, o que levanta questões e sugere mais medidas preventivas relativamente ao risco de transmissão de doenças pela via sexual. A negociação que permite a passagem do preservativo para a pílula parece ancorada na confiança do parceiro. Em suma,

COMPORTAMENTO SEXUAL E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

confiança e sexualidade juntam-se na opção pelo uso ou não uso e qual o método contraceptivo a usar, descurando os cuidados com a prevenção da doença. Também, a percentagem dos que declararam não usar qualquer método contraceptivo é maior nos rapazes do que nas raparigas, com diferenças estatísticas altamente significativas por razões que se prendem, essencialmente, com o facto do companheiro(a) usar essas medidas. Consequentemente, nem sempre o uso de contraceção constitui uma prática regular, sobretudo por parte dos rapazes, facto que predispõe a inúmeros riscos.

Outro aspeto importante de análise, em termos da compreensão do risco de transmissão de doenças por esta via, prende-se com o número de parceiros sexuais. A maioria teve, no último ano, um único parceiro. Os rapazes tendem a maior rotatividade de parceiros. A constatação de uma associação altamente significativa entre o maior número de parceiros sexuais e o uso de contraceção e, por sua vez, o uso isolado do preservativo ou associado à pílula, atenua a exposição ao risco.

Uma jovem em cada quatro admitiu já ter sentido receio de engravidar “uma vez” e, aproximadamente, uma em cada seis “mais do que uma vez”. Este receio reforça a ideia de que, para uma boa parte das jovens, o controlo contraceptivo e a exposição ao risco de engravidar parece superior à autodeclarada precaução. Este facto poderá ajudar a explicar o recurso à contraceção de emergência por parte de algumas jovens.

Este estudo incidindo na população estudantil que frequenta o Ensino Superior na abrangente temática da promoção da saúde e do risco espera-se que os resultados sirvam para apoiar a implementação de medidas que visem promover comportamentos de defesa individuais e coletivos conducentes a uma melhor saúde atual e futura.

A informação sobre condutas saudáveis e o conhecimento dos riscos inerentes às condutas sexuais não protegidas provirão em sentido positivo e poderão constituir-se, neste contexto, uma prioridade de ação.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. (2014). Ciclo de Resposta Sexual Neuropsicofisiologia e Neuropsicopatologia da Função Sexual. In: C. Abdo (Eds), *Sexualidade humana e seus transtornos* (5ª ed.) (pp. 29-47). São Paulo: Casa Leitura Médica.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Frade, A., Vilar, D., Alverca C., & Marques A. M. (2010). *Educação Sexual na Escola Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Attwood, F. (2006). Sexed up: theorizing the sexualisation of culture. *Sexualities*, 9, 77-94, doi: 10.1177/1363460706053336
- Averett, S. L., Rees, D. L., & Argys, L. M. (2002). The impact of government policies and neighborhood characteristics on teenage sexual activity and contraceptive use. *Am J Public Health*, 92, 1773-1778.
- Bauman, Z. (2003). *Liquid Love: on the frailty of human bonds*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1998). *Meditações Pascalianas*. Oeiras, Celta.
- Bozon, M., & Kontula, O. (1998). Sexual initiation and gender: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In M. Hubert; N. Bajos; T. Sandfort (Org.), *Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe: comparisons of national surveys* (pp. 37-67). London: UCL Press.

- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2001). *Metodologia da Investigação: Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Colares, V., Franca, C., & Gonzalez, E. (2009). Condutas de saúde entre universitários: Diferença entre géneros. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 521-528, doi: 10.1590/S0102-311X2009000300007.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A., ... Wechsle, H. (2006). Youth Risk Behavior Surveillance—United States 2005. *Journal of School Health*, 7, 353 – 372.
- Ferreira, P., & Cabral, M. (2010). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos*. Lisboa: Bizâncio.
- FNUAP, Fundo das Nações Unidas para a população (2005). *Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: Adolescentes, pobreza e género. A situação da população mundial 2005: A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objetivos de desenvolvimento do milénio*, pp. 45-55.
- Fortenberry, J. D., Wanzhu Tu M.S., Harezlak, J.; Katz, B. P., & Orr, D. P. (2002). Condom Use as a Function of Time in New and Established Adolescent Sexual Relationships. *American Journal of Public Health*, 92, 211-213, doi: 10.2105/AJPH.92.2.211.
- Giddens, A. (20014). *Sociologia* (9ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- INE/INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. INE/INSA.
- Jackson, S. (2005). Dear Girlfriend...: Constructions of sexual health problems and sexual identities in letters to a teenage magazine. *Sexualities*, 8, 282–305, doi:10.1177/1363460705049577.
- Lees, S. (1994). Talking about sex in sex education. *Gender and Education*, 6, 281-293, doi: 10.1080/0954025940060304.
- Lemos, A. E. L. (2002). Sexualidade e Gravidez na adolescência: Um estudo de caso. *Cadernos do Noroeste*, Vol. 17, 1-2, 213-232.
- Machado Pais, J., & Villaverde Cabral, M. (2003). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo*. Oeiras: Celta Editora.
- Machado, L. F., & Matias, A. R (2006). *Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica*. Lisboa: CIES.
- Magalhães, M. G., Carrilho, M. J., & Leite, S. (2001). *Inquérito à fecundidade e família*. Lisboa: INE.
- Matos, M., & equipa do Projeto Aventura Social (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J.P., & Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: legislação e avaliação da implementação em Portugal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15, 335-355, doi:10.15309/14psd150203
- Mendes, F. (2002). Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 53-62.
- Ministério da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. *Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Moura Ferreira, P. (2003). Comportamentos de risco dos jovens. In: J. Machado Pais, M. Villaverde Cabral (Cord.). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo* (pp. 41-137). Oeiras: Celta Editora.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Familiar.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

COMPORTAMENTO SEXUAL E ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

- OMS (1994). *International Conference on Population and Development: Cairo, 1994: Programme of Action*. Consultado em Maio 2007 em: www.who.int/en.
- Palma, A., Abreu, R. A., & Cunha, C. A. (2007). Comportamento de risco e vulnerabilidade entre estudantes de educação física. *Rev Bras Epidemiol*, 10, 117-26.
- Parlamento Europeu (2013). *Relatório sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos*. Recuperado em 4 de janeiro, 2014, de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+XML+V0//PT>.
- Plummer, K. (2003). Introduction to double issue: re-presenting sexualities in the media. *Sexualities*, 6, 275-276.
- Reis, M.; & Matos, M. G. (2008). Contraceção em Jovens Universitários Portugueses. *Análise Psicológica*, 1, 71-79, doi: 10.14417/ap.482.
- Robinson, B., Scheltema, K., & Cherry, T. (2005). Risky Sexual Behavior in Low-Income African American Women: The impact of sexual health variables. *The Journal of Sex Research*, 42, 224-237, doi: 10.1080/00224490509552277.
- Rodrigues, I. T. (1999). *A Educação Sexual na Escola: um caso de insucesso educativo*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Para a Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S., & Leitão, F. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portugueses e portuguesas: um programa de educação sexual. In: *Actas do Congresso Astur Galaico de Socioloxía* (pp.1-20). Corunha: Universidade.
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43, 8-15, doi <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/631>.
- Taquette, S. R. & Vilhena, M. M. (2008). Uma Contribuição ao Entendimento da Iniciação Sexual Feminina na Adolescência. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13, 105-114, doi.org/10.1590/S1413-73722008000100013.
- Tolman, D. L. I. (1994). Doing desire: adolescent girls. Struggles for/with sexuality. *Gender and Society*, 8, 324-342, doi: 10.1177/089124394008003003.
- Tolman, D. L. I. (1996). Adolescent girls. Sexuality: debunking of the urban girl. In: B. Leadbeater; N. Way (Eds.), *Urban girls: resisting stereotypes, creating identities* (pp.255-271). New York: New York University Press.
- Tolman, D. L. I. (2005). Found(ing) discourses of desire: unfettering female adolescent sexuality. *Feminism & Psychology*, 15, 5-9, doi: 10.1177/0959353505049696.
- Travis, C. B. E. & White, J. W. (2000). *Sexuality, society, and feminism*. American Psychological Association.
- UNAIDS (2013). Global report: UNAIDS report on the global AIDS. Consultado em Fevereiro 2015 em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf
- United Nations Statistics Division. (2009). *Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates: latest available year, 2000 – 2009*. Recuperado em 4 de janeiro, 2014, de <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2009-2010/Table10.pdf>
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e sexualidades dos jovens portugueses. In: M. Villaverde Cabral e J. Machado Pais *Jovens portugueses de hoje* (pp. 215-305). Oeiras: Celta Editora.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso: A Educação Sexual nas Famílias dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.

- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., McCree, D. H, Harrington, K & Davies S. L. (2001). Dating violence and the sexual health of black adolescent females, *Pediatrics*, 107, 72. doi: 10.1542/peds.107.5.e72.
- World Health Organization (2011). Sexual and reproductive health, core competencies in primary care. Department of reproductive health and research.